

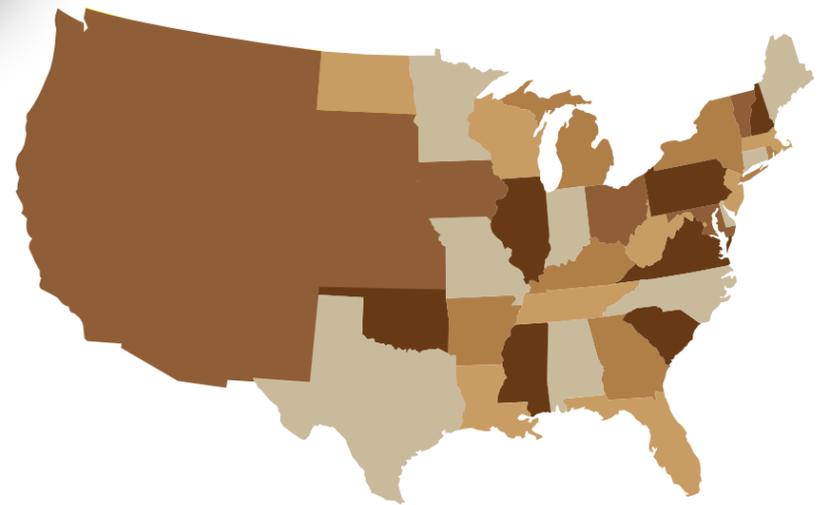
## Etika di Dunia Kedokteran

dr. Ivan R. Widjaja, Sp.A

Ilmu kesehatan adalah suatu rangkaian yang terbentuk berdasarkan pengamatan dan pengalaman. Rangkaian tersebut umumnya hanya memperhatikan hal-hal teknis yang menyokong kemampuan seorang tenaga kesehatan untuk melaksanakan tugasnya. Namun demikian pada saat keahlian tersebut terbentuk, berdampak dengannya timbul pula pertanyaan yang berkaitan dengan tanggung jawab, hak-hak, dan nilai. Moralitas merupakan hal yang digunakan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang muncul, sedangkan etika merupakan kajian mengenai moralitas.

Perkembangan etika sangat bergantung dengan keadaan, budaya, dan nilai yang umumnya menjadi dasar pandangan pengambilan keputusan terhadap dilema etik. Walaupun terdapat beberapa dilema

# EROPA VS AMERIKA SERIKAT



etik dengan substansi yang mendasar sehingga patut dibuat panduan secara universal, namun jawaban sebagian besar dilema etik sangat tergantung dengan kasus yang

dihadapi dan dijawab sesuai dengan perkembangan etika di tempat dilema itu timbul.

Suatu survey online terhadap 21.531 dokter di Amerika Serikat

(17.547 responden) dan Eropa (3.984 responden) yang dilakukan oleh Medscape 18 September sampai 12 November 2014 berusaha melihat perbedaan pandangan antara dokter

di Amerika Serikat dengan di Eropa. Perbedaan pandangan ini diharapkan mampu menggambarkan perbedaan pandangan budaya dan hubungan dokter-pasien.

Dokter di Eropa lebih sering “mencilkan” efek samping suatu obat dibandingkan dengan dokter di Amerika Serikat (28% vs 10%) bila merasa pengobatan yang diberikan dapat membantu pasien. Hal ini berkaitan dengan perbedaan pandangan di Eropa yang cenderung paternalistik sementara di Amerika Serikat lebih ke otonomi pasien yang kuat. Ini berkaitan dengan pandangan di Eropa yang merasa kebanyakan pasien tidak teredukasi dengan baik dan dokter harus memberikan saran (mengadvokasi) apa yang menurutnya baik bagi pasien yang dalam keadaan stress.

Dokter di Eropa lebih banyak (25% vs 14%) yang merasa keputusan untuk menarik pasien dari alat bantu hidup seringkali terlalu cepat. Hal ini kerap dilihat pada pasien yang dirawat tidak secara tim terutama pada perawatan di unit perawatan intensif. Hal yang disayangkan ialah kerap kali hal ini berkaitan dengan masalah keuangan.

Dokter di Eropa lebih sering (20% vs 11%) untuk tidak melaporkan kecurigaan penganiayaan dengan sebagian besar alasan ialah kurangnya bukti untuk melaporkannya. Pasien umumnya tidak senang ditanyakan mengenai kemungkinan penganiayaan sehingga dokter berhenti menginvestigasi kemungkinan tersebut. Walaupun demikian banyak dokter di Eropa yang tidak mengetahui cara melakukan pelaporan.

Dokter di Eropa lebih sering (55% vs 22%) “melawan” pandangan keluarga pasien dan berkeras untuk melanjutkan pengobatan jika ia yakin prognosis pasien baik. Pandangan di Eropa ialah bahwa pendapat keluarga penting namun tidak cukup kuat untuk membuat keputusan medis, hanya pasien yang berhak mengambil keputusan. Berdasarkan hal ini, secara hirarki keluarga pasien berada di bawah pasien sendiri dan dokter.

Dokter di Amerika Serikat menyampaikan kabar buruk dengan lebih terang-terangan dibandingkan dokter di Eropa (46% vs 21%) yang jika memungkinkan akan menyampaikan kabar buruk dengan pemberian informasi secara bertahap. Walaupun demikian sebagian dokter di kedua benua terbuka dengan (Amerika Serikat 61% vs Eropa 64%) kemungkinan harus menyembunyikan informasi kepada pasien atas permintaan keluarga. Mereka menganggap bahwa terkadang berita buruk harus datang dari keluarga.

Dokter di Eropa (37% vs 19%) lebih sering tidak menyampaikan informasi mengenai kesalahan yang tidak berbahaya yang dilakukan terhadap pasien. Sebaliknya, bila kesalahan tersebut sifatnya berbahaya, sebagian besar tidak setuju bila hal ini tidak disampaikan (Eropa 76% vs Amerika Serikat 91%). Hal ini terutama berhubungan dengan perasaan bahwa melakukan kesalahan adalah sesuatu yang manusiawi. Penyampaian mengenai hal ini harus dilakukan secara hati-hati karena akan menimbulkan kepanikan yang berlebihan dan banyaknya pengacara yang menjadi predator. Kesalahan bukanlah masalah untuk pasien tetapi masalah sistem sehingga yang penting ialah pemberitahuan kepada orang yang dapat mencegah berulangnya kesalahan. Sedangkan di Amerika Serikat sendiri terutama jika terdapat kemungkinan efek berbahaya, kecenderungan ini mungkin berhubungan dengan kuatnya otonomi pasien memainkan peranan serta khawatir dengan kemungkinan lebih buruk bila masalah ini diketahui belakangan.

Lebih banyak dokter di Amerika Serikat (41% vs 54%) yang setuju mengenai euthanasia. Perdebatan hangat mengenai hal ini masih terjadi hingga saat ini. Lima Negara bagian Amerika Serikat dan beberapa Negara di Eropa telah mengizinkan dokter melakukan euthanasia atau meresepkan obat namun tidak melakukan euthanasia. Walaupun sebagian besar dokter setuju dan menghargai hak pasien untuk meminta euthanasia namun masih banyak dari mereka yang tidak mau ambil bagian untuk melakukan euthanasia. Berlawanan dengan ini, sebagian besar dokter di kedua benua (Amerika Serikat 41% vs Eropa 36%) tidak mau melakukan aborsi. Aborsi hanya dibenarkan pada keadaan janin tidak ada kemungkinan hidup atau nyawa ibu dalam ancaman.

Lebih sedikit dokter di Eropa (45% vs 77%) yang merasa harus melaporkan kolega yang “cacat”. Walaupun demikian sebagian besar dari mereka akan berbicara dengan koleganya mengenai masalah tersebut. Sedangkan di Amerika Serikat, profesi harus mempertahankan standar yang ada dan menjadi pengawas bagi profesi itu sendiri. Hal ini diharapkan akan membuat pasien lebih percaya dan yakin.

Berdasarkan hal-hal yang tersebut di atas, etika di negara kita sepertinya lebih mirip dengan pandangan kedokteran di negara Eropa dibandingkan dengan pandangan kedokteran di negara Amerika Serikat. Hal ini mungkin berkaitan dengan lebih beragamnya tingkat pendidikan, ekonomi, dan kebudayaan di Eropa sehingga lebih menyerupai negara kita. Hal lain mungkin juga berhubungan dengan adanya “kedekatan sejarah” dengan negara Eropa. MD